



## Autorización para Divulgar y/o Obtener Información Sanitaria Protegida (ISP)

Este formulario permite a Gastroenterología Asociados obtener y/o facilitar información médica del paciente para los fines indicados a continuación. Por favor, complete todas las secciones. Los formularios incompletos pueden retrasar la tramitación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**TIPO DE SOLICITUD:**  **OBTENER ISP** de otra parte para ser enviada a **Gastroenterology Associates**  
 **DIVULGAR ISP** de **Gastroenterology Associates** a otra parte

**DESTINARIO/REMITE:** Esta clínica podrá ENVIAR / RECIBIR la información marcada a continuación a la siguiente persona o entidad para los fines especificados en este formulario.

Nombre/Organización \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A OBTENER Y/O DIVULGAR:

**Interval de fechas de los registros:** Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  Todas las fechas/Historia clínica completa

**Seleccione los tipos de registros (marque todos los que correspondan):**

- Historia clínica completa  Informes de procedimientos  Notas de consultas  Informes patológicos  
 Informes de laboratorio  Información de facturación/reclamaciones  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**No incluir:**  Registros de salud mental  Enfermedades transmisibles  Abuso de sustancias

**MÉTODO DE ENTREGA (si se libera):**  Fax (mas común)  Recogida en persona  
 Correo postal  Otro: \_\_\_\_\_

*Cuando una solicitud de información médica requiera algo más que copiar los documentos existentes, podían aplicarse tarifas adicionales.*

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (opcional):**  Uso personal  Seguro  Continuidad de la atención/tratamiento  
 Transferencia de atención  Legal  Otro: \_\_\_\_\_

### DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

**Caducidad:** Esta autorización caducará automáticamente un (1) año después de la fecha de la firma.

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en los casos en que ya se haya actuado en base a ella.

**Voluntario:** Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependerán de la firma, salvo que la ley lo permita.

**Divulgación posterior:** Entiendo que la información revelada conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede dejar de estar protegida por HIPAA.

**Copia:** Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Nombre del paciente o representante legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adjunte documentación que acredite la autoridad del representante legal si aún no está registrada en la consulta.